



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Ernæring og demens

***-Hvordan kan sykepleiere i sykehjem dekke ernæringsbehovet til mennesker
med demenssykdom?***

SYK 180H

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnr: 10 og 66

Antall ord: 9934

Innleveringsdato: 11.04.2013

www.uin.no



«Uten mat og drikke duger helten ikke»



Bildet er hentet fra:

<http://annebloggen.files.wordpress.com/2011/03/frokost-gir-en-god-start-pa-dagen171.jpg>

SAMMENDRAG

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om ernæring til mennesker med demenssykdom.

Problemstillingen vår er « Hvordan kan sykepleiere i sykehjem dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom?». Formålet med oppgaven er å få bedre innsikt i hvilke tiltak sykepleieren kan benytte seg av i arbeidet med ernæring. For å finne svar på problemstillingen har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode.

I oppgaven har vi en teoridel hvor vi tar for oss relevant teori i forhold til oppgavens tema og vi har deretter en drøftingsdel hvor vi drøfter teori opp mot forskningsfunn. Underveis har vi brukt Kari Martinsens omsorgsfilosofi, og vi har sett tiltakene ut i fra hennes syn på sykepleie. Oppgaven konkluderer med at det finnes mange enkle og lett gjennomførbare tiltak i forhold til ernæringsarbeid på sykehjem, men for at sykepleieren skal forstå viktigheten og prioritere dette i arbeidet trenger man kunnskap og gode holdninger.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	6
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling.....	6
1.3 Oppgavens avgrensning	7
1.4 Definisjoner	8
2.0 Presentasjon av metode.....	9
2.1 Hva er metode?	9
2.2 Litteraturstudie.....	9
2.2.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie.....	9
2.3 Forskningsetikk.....	10
2.4 Kildekriterier	10
2.5 Litteratursøk	10
2.5.1 Søkeprosessen	11
3.0 Presentasjon funn.....	13
4.0 Teori.....	14
4.1 Demens.....	14
4.1.2 Diagnostisering av demenssykdom	14
4.1.3 Symptomer på demens	14
4.1.4 Grader av demens	16
4.2 Ernæring	18
4.2.1 Biologiske aldersforandringer	18
4.2.2 Eldres ernæringsbehov.....	19
4.2.4 Konsekvenser av dårlig ernæringsstatus.....	20
4.2.5 Hvordan kan sykepleieren oppdage dårlig ernæringsstatus hos den eldre?	20
5.0 Presentasjon av sykepleieteori.....	22
5.2 Kari Martinsens menneskesyn	22
5.3 Kari Martinsens syn på sykepleierens funksjon	23
5.4 Kari Martinsens syn på omsorg	23
5.4.1 Omsorgens rasjonelle side	24
5.4.2 Omsorgens praktiske side	24
5.4.3 Omsorgens moralske side	25
6.0 Presentasjon av funn / drøfting:	26

6.1 Demenssykdom medfører vanskeligheter i forbindelse med inntak av mat og drikke	26
6.2 Helsepersonellens kunnskaper og holdninger til ernæringsarbeid i sykehjem	28
6.3 Vurdering av ernæringsstatus hos eldre sykehjemsbeboere.....	30
6.3.1 Bruk av vekt	31
6.3.2 Bruk av screeningsverktøyet MNA	32
6.4 Sykepleiedokumentasjon som redskap.....	33
6.5 Tilrettelegge et godt miljø rundt måltidet for å fremme matinntak.....	34
6.5.1 Bordsammensetningens betydning for pasientens matinntak	35
6.5.2 Betydningen av matbordets utseende	36
6.5.3 Betydningen av hjelpemidler for å øke pasientens matinntak	36
6.6 Antall måltider i sykehjem.....	37
6.7 Bruk av musikk i måltidssammenheng	38
7.0 Avslutning.....	39
Referanseliste.....	41
Selvvalgt litteratur	41
Pensumlitteratur	44
VEDLEGG 1 – Presentasjon av funn.....	45
VEDLEGG 2 – Diagnostisering av demenssykdom	48

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om hvordan sykepleiere i sykehjem kan dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom. Helsedirektoratet (2011) antar at mellom 20 – 50 % av pasientene som bor på institusjon er underernærte. Til tross for at mange antas å være underernærte viser forskning at helsepersonellet har lite kunnskap om ernæringsarbeidet i sykehjem, og man ser tendenser til at ernæring blir nedprioritert (Aagaard, 2010, Munch, Pedersen, Færgeman & Thulstrup, 2006). Forskningen er i samsvar med våre erfaringer fra arbeid på sykehjem. Vi har fått inntrykk av at ernæring blir mindre prioritert i forhold til andre arbeidsoppgaver, men det er viktig å presisere at dette er vår oppfatning, og om det er slik på andre sykehjem er usikkert. Vi ønsker derfor å belyse temaet, og vi vil forsøke å få bedre innsikt gjennom forsknings- og faglitteratur. Årsaken til at vi har valgt å ha fokus på mennesker med demenssykdom er at mange av pasientene som bor på sykehjem har diagnosen demens. *”Demens er den hyppigste årsak til innleggelse i sykehjem, og rundt regnet har 70 – 80 % av alle som bor i sykehjem demens”* (Berentsen, 2008, s. 47).

Gjennom arbeidserfaring har vi observert at det er viktig, men samtidig utfordrende å ivareta god ernæringsstatus hos mennesker med demenssykdom. På grunn av den kognitive svikten demens medfører har disse menneskene stort behov for oppfølging, også i forbindelse med matinntak (Berentsen, 2008).

1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Ut i fra temaet vi har valgt å skrive om har vi valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere i sykehjem dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom?”

1.3 Oppgavens avgrensning

I oppgaven skal vi avgrense oss til teori om demenssykdom og ernæring, og vi skal skrive om sykepleieteoretikeren Kari Martinsen. I drøftingsdelen skal vi foreslå metoder sykepleieren kan bruke i arbeidet for å kartlegge pasientenes ernæringsstatus, og vi skal deretter ta for oss noen tiltak sykepleiere kan benytte seg av for å fremme matinntak hos pasienter med demenssykdom. Vi har valgt å begrense oss til å skrive om metoder som vekt og MNA screening. Årsaken til at vi bare har valgt å skrive om disse er at vi ser at de er lett anvendbar og pålitelige til bruk i sykehjem. For å få bedre innsikt i arbeidsmåter har vi samtalt med personalet på et sykehjem for mennesker med demenssykdom som arbeider med et ernæringsprosjekt. Prosjektet går ut på at personalet arbeider for å bli mer bevisst på ernæringsarbeidet i sykehjemmet, og på denne måten dekke pasientenes ernæringsbehov. Det er viktig å presisere at vi ikke har intervjuet personalet. Dette er fordi at intervju stiller strengere krav til oss enn det en samtale gjør, og det tar lengre tid å arbeide frem et godt intervju. Vi anser ikke at vi har god nok tid til å utføre et intervju da vi har begrenset tid til å utføre oppgaven.

Fordi at oppgavens omfang er begrenset har vi ikke valgt å gå inn på de forskjellige vitaminene og mineralene kroppen har behov for, og det vil være begrensninger for hvor mange tiltak vi forteller om. Diagnosen demens finnes i forskjellige former og grader, men vi har valgt å skrive generelt om demenssykdom. Dette er fordi at vi selv har erfart at utfordringer knyttet til ernæring ofte er uavhengig av hvilken type demens mennesket har.

1.4 Definisjoner

Ernæringsbehov: menneskets behov for næring og energi som fås gjennom matinntaket (Sjøen og Thoresen, 2008). *”Det er næringsstoffene vi bruker til arbeid, vekst, reparasjon og vedlikehold, og til å regulere de prosessene som foregår i cellene våre”* (Sjøen og Thoresen, 2008, s. 64).

Demenssykdom: *”En hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tekning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid”* (Engedal og Haugen, 2006, s. 20).

Sykehjem: *”Er et sted man får behandling, opptrening og hjelp til daglige gjøremål i kort eller lang tid på grunn av at sykdom, skade eller normal aldring som gjør at man ikke klarer seg hjemme”* (Norsk helseinformatikk, 2011).

2.0 Presentasjon av metode

2.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til kunnskap. Når man velger å arbeide ut i fra en bestemt metode, er det fordi at metoden kan gi god data og belyse spørsmålet på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Litteraturstudie

I denne oppgaven har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. ”I et forskningsprosjekt er hensikten med litteratursøket å vise hvilken kunnskap som allerede eksisterer om et forskningstema eller en problemstilling, og å påpeke mangler ved eller hull i kunnskapsgrunnlaget” (Bjørk og Solhaug, 2008, s. 55).

2.2.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie

Det finnes både fordeler og ulemper ved metoden vi har valgt å bruke. En fordel er at man får mulighet til å gå inn i både kvalitativ og kvantitativ forskning som allerede finnes på området, og vi får tilgang til forskning som er gjort i hele verden. Ved å bruke ny forskning sammen med faglitteratur har man et godt utgangspunkt for å komme frem til ny, relevant og god kunnskap (Bjørk og Solhaug, 2008).

En ulempe med litteraturstudie er at metoden kan oppleves å være krevende. For at man skal komme frem til god forskning må man gjennomgå mye litteratur, og det kan være tidskrevende. Videre stiller metoden krav til at forfatteren har gode søkeferdigheter, og at en har evner til å være kritisk når en gjennomgår forskningen. Valg av databaser kan også være avgjørende for resultatet, og dersom forfatteren søker i feile baser kan man risikere å gå glipp av god forskning (Bjørk og Solhaug, 2008).

2.3 Forskningsetikk

Når man skriver en oppgave er det i følge Dalland (2007) viktig at man henviser til forfatteren dersom man bruker andres arbeid, og han forteller at det er uærlig å bruke andres arbeid som sitt eget. Nøyaktig og korrekt henvisning kan derfor ses på som en takk for hjelpen.

2.4 Kildekriterier

Det første vi startet med før vi begynte litteratursøket var å lage kildekriterier. Vi valgte da å begrense oss til litteratur som var skrevet for helsepersonell, og som ikke var eldre enn ti år. Vi ble også enig om at hvis vi fant eldre relevant litteratur skulle vi være åpen for å bruke denne.

I søk etter forskningslitteratur har vi valgt å avgrense oss til forskning som er gjennomført innen en femårs grense, men finner vi eldre forskning som belyser problemstillingen på en god måte vil vi være åpen for å bruke denne. Årsaken til at vi har valgt å begrense oss til den nyeste litteraturen er at vi ønsker å få innblikk i oppdatert kunnskap på området. Videre vil vi prioritere å bruke primærlitteratur som er skrevet på nordiske eller engelsk språk, og vi ser det som en styrke dersom forskningen er publisert i vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter. I de databasene det er mulig vil vi avgrense søket til artikler som finnes i fulltekst, og som er fagfellevurderte.

2.5 Litteratursøk

I litteratursøket har vi valgt å bruke databaser som skolen abonnerer på, og hvor vi får tilgang til fulltekst artikler. For å få oversikt over bøker som tar for seg temaet vi har valgt å skrive om søkte vi gjennom skolens bibliotek. Vi brukte søkeordene «underernæring», «ernæring», «demens», og «Kari Martinsen». I tillegg til å bruke selvvalgt litteratur har vi også valgt å benytte oss av pensumbøkene våre.

For å finne forskningsartikler søkte vi med ordne «dementia», «malnutrition», «undernutrition», «nutrition», «nutritionstatus», «nurses», «nursing home», «nursing», «screeningtool», «patient», «elderly», «older», «knowledge», «reduce», «eating», «premove», «attitudes», «MNA» og «music». Vi brukte også kombinasjoner av disse ordene, og operatører som «OR», «AND» og «NOT».

2.5.1 Søkeprosessen

Nedenfor har vi laget to tabeller som forklarer søkene vi har gjort i forskjellige databaser. Den første tabellen gir en oversikt over søk etter faglitteratur, mens den neste forteller hvordan vi har kommet fram til forskningslitteraturen vi har valgt å bruke. I tillegg til bøker og forskning har vi brukt Helsedirektoratets sine nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring, og deres anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Videre for å finne relevant litteratur har vi lest gjennom utallige mange referanselister. I referanselisten til kapitlet om ernæring ved sykdom i pensumboken vår Klinisk sykepleie fant vi ESPEN's retningslinjer for ernæringsscreening som vi også valgte å bruke. Sykepleiere som arbeider med fokus på ernæring hos mennesker med demenssykdom anbefalte oss å lese boken til Grethe Berg. Dette er en bok som tar for seg hvordan måltidet kan brukes i behandling og utredning av personer med demens, og vi så denne boken som relevant å bruke til tross for at den ble publisert i året 2002.

Oversikt over søk etter faglitteratur:

Database	Søkeord	Søkets avgrensning	Antall treff	Vi brukte x antall som var relevant
Bibsys	"ernæring"	Vi avgrenset søket til bøker fra 2003 – 2013.	14	2
Bibsys	"demens"	Vi avgrenset søket til bøker fra 2003 – 2013, og valgte søkefelt tittel, ordsøk.	32	3
Bibsys	"Kari Martinsen"	Vi avgrenset søket til bøker fra 2003 – 2013.	12	1

Oversikt over søk etter forskningslitteratur:

Database	Søkeord	Søkets avgrensning	Antall treff	Vi brukte x antall som var relevant
<i>Sykepleien forskning</i>	"mat i sykehjem"		10	1
<i>Vård i Norden</i>	"ernæring"		32	1
<i>Vård i Norden</i>	"MNA"		5	1
<i>Proquest</i>	"knowledge" AND "nutrition" AND "nursinghome"	Fulltekst- og fagfelle-vurderte artikler. Fra år 2003 – 2013.	17	1
<i>CINAHL</i>	"music" AND "nutrition"	Fulltekst- og fagfelle-vurderte artikler på engelsk språk. Fra år 2003 – 2013.	29	1
<i>CINAHL</i>	"nutritionalstatus" AND "nursinghome"	Fulltekst- og fagfelle-vurderte artikler på engelsk språk. Fra år 2003 – 2013.	32	1
<i>Pubmed</i>	"nutrition" AND "screeningtool" AND "nursing"	Fulltekstartikler. På grunn av mange treff avgrenset vi søket til 5 år, dvs. fra 2008 – 2013.	47	1
<i>Google scholar</i>	"Reduce"AND "undernutrition"AND "promote"AND "eating"AND "older" AND "dementia".	På grunn av mange treff avgrenset vi søket til å bare få opp artikler fra 2010-2013.	388	1

3.0 Presentasjon funn

Presentasjon av søkene vi har gjort for å finne frem til forskningslitteratur finnes som vedlegg nr.1. Årsaken til at vi har valgt å gjøre det på denne måten er at vi synes det blir mer sammenheng i teksten, og oppgaven blir mer oversiktlig.

4.0 Teori

4.1 Demens

Demens er en hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Tilstanden er kronisk, den kan ikke kureres og det er vanlig at sykdommen forverrer seg over tid (Engedal og Haugen, 2006). I 2012 var det om lag 70 000 personer med demenssykdom, og det antas at antallet vil fordobles til 140 000 personer fram til 2040 (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Demens er den vanligste årsaken til at eldre blir lagt inn på sykehjem, og over 75 prosent av alle beboerne har en demenssykdom (Engedal og Haugen, 2006).

4.1.2 Diagnostisering av demenssykdom

Diagnostiske kriterier for demenssykdom finnes som vedlegg nr. 2. Årsaken til at vi har valgt å legge disse som vedlegg er at kriteriene ikke er nødvendig for å forstå vår problemstilling, men vi ser samtidig at det kan være interessant for leseren å få innblikk i disse.

4.1.3 Symptomer på demens

Demenssykdom kan utrykke seg i form av mange symptomer, og kognitiv svikt er hovedsymptomet. Selv om symptomene på demens kan være like, kan årsakene til at de oppstår være forskjellige. Kognitiv svikt er en betegnelse som brukes på mange forskjellige symptomer, og vi vil nå gå inn på noen av disse.

- Redusert oppmerksomhet: for å kunne fokusere på en oppgave eller en hendelse over tid uten å la seg forstyrre trenger man oppmerksomhetsevne. Hos demensrammede kan denne evnen være redusert eller mangle, noe som kan forklare at disse menneskene kan ha problemer med å utføre oppgaver uten å la seg distrahere av andre elementer (Solheim, 2009).
- Redusert hukommelse og læringsevne: hukommelse kan deles inn i langtid og korttidshukommelse. Langtidshukommelse dreier seg om det som har skjedd tidligere i livet, mens korttidshukommelse er evnen til å huske opplevelser og informasjon fra de siste 20 sekundene. Hos mennesker med moderat grad av demens er korttidsminnet dårlig, og ved alvorlig grad mangler personen ofte korttidsminnet og langtidsmminnet

er redusert. Personer med alvorlig demenssykdom husker bare få og ofte de mest spesielle hendelsene fra tidligere i livet. Den reduserte hukommelsen som inntreffer ved sykdommen kan føre til at mennesket får problemer med å lære nye ting (Solheim, 2009).

- Språkproblemer: demenssykdom kan føre til at språksentrene i venstre hjernehalvdelen blir skadet, noe som kan føre til språkvansker (Berentsen, 2008). Svikten i språksentret kan uttrykke seg i form at en får nedsatt evne til å oppfatte og forstå det som blir sagt, problemer med å uttrykke det en vil si og vansker med å finne de rette ordene. Videre kan svikten føre til usammenhengende setninger, og dårlig flyt i det en sier (Solheim, 2009).
- Apraksi: i forbindelse med demenssykdom kan vise seg ved at mennesket har manglende evner til å utføre handlinger, noe som i alvorlige tilfeller kan medføre handlingssvikt. Den demente kan forstå det som skal gjøres, men til tross for dette klarer en ikke utføre de ønskede handlingene. I noen tilfeller kan personen utføre deler av handlingen, men helheten forsvinner (Solheim, 2009).
- Neglekt: kan komme til uttrykk ved at personer med demenssykdom overser, eller har nedsatt oppmerksomhet mot den ene siden av kroppen (Berentsen, 2008).
- Agnosi: innebærer nedsatt evne til å forstå det en sanser. Det kan for eksempel vises ved at personen har problemer med å gjenkjenne lyder eller gjenstander (Solheim, 2009).

Demenssykdom viser seg ikke bare i form av kognitive symptomer, men kan også komme til uttrykk i form av atferdsmessige og psykologiske symptomer. Slike kan være:

- Depresjon: en tilstand som kan vise seg ved opplevelse av tristhet, hjelpeløshet og motløshet. Depresjon forekommer oftest hos mennesker med en mild grad av demens, men kan også ses i de andre gradene. Forklaringen på at personer med demenssykdom opplever depresjon kan være mange, men en av årsakene er ofte opplevelse av sorg over å ha mistet sine tidligere funksjoner (Berentsen, 2008).

- **Angst:** kjennetegnes en indre uro som kan føre til redsel. Årsaken til at angsten oppstår er usikkert, men en forklaring kan være at en opplever å miste oversikten i hverdagen. Andre faktorer kan være at en må flytte til et ukjent sted, og i den forbindelse møter fremmende mennesker, noe som kan føre til utrygghet (Berentsen, 2008).
- **Passivitet, uro og søvnvansker:** demenssykdom kan føre til at den rammede endrer sin væremåte. Enkelte opplever å bli passive, noe som kan skyldes at en har glemt hva en liker å gjøre, eller sørger over sine tapte funksjoner. Andre med sykdommen blir rastløse og urolige. Det kan vise seg ved at en vandrer rundt omkring, uten å ha mening eller hensikt med sin handling. Videre kan sykdommen føre til at en endrer døgnrytme. Noen ønsker å sove hele dagen, mens andre har lite behov for søvn. Det er særlig innenfor alvorlig grad av demens at døgnrytmen endres, og at søvnvansker oppstår (Berentsen, 2008).

4.1.4 Grader av demens

Demenssykdom kan som forklart komme til uttrykk på ulike måter, og det er flere grader av sykdommen. Sykdommen kan deles inn i mild, moderat og alvorlig grad. I den milde graden er glemsomhet et vanlig symptom, og det påvirker ofte både personen som er rammet av sykdommen og pårørende. Glemsomheten kan vise seg i form av at personen glemmer avtaler, får nedsatt tidsperspektiv og glemmer hva en skal utføre i løpet av dagen. I tillegg til glemsomhet, kan daglige gjøremål oppleves å være vanskelig for personer med demenssykdom. Det kan for eksempel oppleves problematisk å kle på seg selv, utføre personlig hygiene og matlaging. Personer med mild grad av demens har forutsetninger for å bo alene i eget hjem, men kan ha behov for tilrettelegging og tilsyn (Berentsen, 2008).

Innenfor den moderate graden av demens er hukommelsen også så dårlig at en ikke lengre har evner til å se konsekvensene av valgene en gjør. Hverdagslige gjøremål blir krevende, og det kan påvirke hverdagslivet i negativ retning. I tillegg til den dårlige hukommelsen kan en oppleve nedsatt orienteringsevne, nedsatt evne til å sortere sanseinntrykk, dårligere evne til å uttrykke seg og psykiske forstyrrelser. Personer med alvorlig demens kan oppleve at en ikke gjenkjenner familiemedlemmer, og at en har glemt store deler av hendelsene fra tidligere i livet. I tillegg til dette har personer med denne graden av sykdommen mistet evnen til å

orientere seg om tid, sted og situasjon, noe kan føre til at en opplever situasjoner som kaotiske (Berentsen, 2008).

Når demenssykdommen har utviklet seg, og personen opplever moderat eller alvorlig grad av sykdommen har en ofte behov for hjelp i hverdagen. Pasienter innenfor alvorlig grad trenger pleie og omsorg døgnet rundt, noe som fører til at en oftest bor på sykehjem. Mennesker i den moderate graden kan også være sykehjemspasienter dersom symptomene er så utbredt at en ikke klarer seg selv (Berentsen, 2008).

4.2 Ernæring

Sykepleiere skal ha kunnskap om at mennesket er avhengig av å få tilført mat og drikke for at kroppen skal fungere optimalt. Maten som spises blir tatt opp og brukt som energi. Det er ikke bare viktig at pasienten spiser nok, men maten som inntas må være gunstig for kroppen. Et godt kosthold kan bidra til utvikling, vekst og god helse, mens derimot et ugunstig matinntak kan føre til sykdom, feilernæring eller fedme. For eksempel kan inntak av store mengder fett føre til hjerte og karsykdom (Drevon og Blomhoff, 2012). Dersom mennesket har et dårlig sammensatt kosthold med enten for lavt eller høyt inntak av noen spesielle næringsstoffer kan det over tid føre til feilernæring. Feilernæring betyr at man har for mye av noen næringsstoffer, mens det er mangel på andre (Sjøen og Thoresen 2008). Det er ønskelig at kostholdet en inntar er basert på planter, frukt, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk, og et slikt kosthold kan være med på å forebygge utvikling av livsstilssykdommer (Drevon og Blomhoff, 2012).

4.2.1 Biologiske aldersforandringer

Alderdom fører til både sosiale, psykologiske og biologiske forandringer, og disse endringene kan påvirke elders matinntak (Mowè, 2012). Ved aldring skjer det biologiske endringer i kroppens vev og organer. For eksempel reduseres kroppens totale cellemasse, noe som fører til at eldre lettere taper vekt. I tillegg til dette mister kroppen deler av muskelmassen, noe som kan skyldes lavere aktivitetsnivå. Mindre muskelmasse ses på som en av de viktigste årsakene til at basalstoffsifte reduseres, noe som igjen fører til at energibehovet blir mindre (Sortland, 2007).

Alderdom medfører også endringer i fordøyelsesorganene. Tarmperistaltikken blir dårligere og eldre blir mer utsatt for obstopasjon, noe som over tid kan føre til kvalme og dårlig matlyst (Sortland, 2007). Videre reduseres spyttsekresjonen, og det kan bidra til at eldre får svekket smak og luktesans. I tillegg til dette kan eldre oppleve å få nedsatt tørstefølelse, noe som kan føre til nedsatt væskeinntak (Blix og Breivik, 2006). Andre vanlige følger av alderdom kan være dårlig tannstatus, svelgevansker og endringer i magesekken. Endringene i magesekken kan være med på å forklare hvorfor eldre blir fortere mette og at det tar lengre tid for at de blir sulte igjen (Mowè, 2012). Endringene som nevnt kan forklare hvorfor eldre kan oppleve mindre glede av måltidet, dårlige appetitt og redusert matinntak.

4.2.2 Eldres ernæringsbehov

Alle mennesker har et ernæringsbehov. Behovet er individuelt, og det er mange faktorer som spiller inn. Helsedirektoratet (2009) har i sine Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring forklart hvordan man kan beregne menneskets behov for næring. De forklarer at man hos eldre må gå ut i fra ernæringsbehovet til en yngre og oppegående person, men deretter gjøre noen justeringer. Tabellen under viser hvordan man kan gjøre dette.

Veiledning for beregning av energiforbruk for ulike kategorier pasienter i alderen 30-70 år	
Sengeliggende pasient	29 kcal/kg
Oppegående pasient	33 kcal/kg
Pasient i oppbygningsfasen	40 kcal/kg
Korrigeringer for beregning av energibehov	
Mager	+10 %
Alder 18 – 30 år	+10 %
Alder over 70 år	-10 %
Adipøs	-10 %
Febril	+10 %

(Helsedirektoratet, 2009, s. 43).

I vår oppgave skriver vi om hvordan sykepleiere i sykehjem kan dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom. Dette er som oftest eldre mennesker over 70 år. Mange med demenssykdom er oppegående og aktive, mens noen igjen kan være rolige eller sengeliggende. Vi vil nå vise et eksempel på en slik beregning.

Eldre mann 83 år, 73 kg, 178 cm høy og aktiv. Kroppsmasseindeks på denne mannen er 23, noe som regnes som normalvekt.

$33 \text{ kcal} \times 73 \text{ kg} = 2409 \text{ kcal}$.

$2409 \text{ kcal} - 10 \% = 2168,1 \text{ kcal}$ er mannens daglige energibehov.

Selv om eldre har mindre behov for energi er behovet for vitaminer, fiber og mineraler det samme som tidligere. Det betyr at den maten den eldre spiser må være næringstett og inneholde alle de nødvendige næringsstoffene (Sjøen og Thoresen, 2008)

4.2.4 Konsekvenser av dårlig ernæringsstatus

Dårlig ernæringsstatus kan føre til ulike konsekvenser, både psykiske og fysiske. Over tid kan det føre til feil- eller underernæring, og det kan bidra til at pasienten opplever nedsatt livskvalitet, mistriivsel og i verste fall tidligere død. Utilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer kan videre bidra til at pasienten får dårligere immunforsvar, redusert sårtilheling, trykksår og mindre muskelkraft. Den reduserte muskelkraften kan føre til nedsatt hostekraft, mobiliseringsvansker og nedsatt ventilasjon (Sortland, 2007).

4.2.5 Hvordan kan sykepleieren oppdage dårlig ernæringsstatus hos den eldre?

Når sykepleiere i arbeid på sykehjem skal dekke pasientens ernæringsbehov må en først og fremst kartlegge den enkeltes ernæringsstatus. For å gjøre dette kan en bruke ulike metoder, som for eksempel ved bruk av kroppsvekt og høyde. Dette gjøres ved at man sammenligner personens vekt med en referanseverdi som er innenfor et normalområde. En annen metode for å kartlegge ernæringsstatus er å regne den prosentvise vektnedgangen, og deretter vurdere alvorlighetsgraden av tapet. Over 6 måneder vil vekttapet blir regnet som alvorlig dersom det er høyere enn ti prosent av personens opprinnelige vekt (Helsedirektoratet, 2009). Pasientens ernæringstilstand kan også vurderes ved å regne ut kroppsmasseindeks. Dette gjøres ved at kroppsvekten (kg) blir dividert med høyden (m²). Normal KMI er mellom 18,5 -25, og KMI under 17 betegner pasienten som underernært (Stubberud, Almås og Kondrup, 2010). Hos eldre er kriteriene for underernæring noe ulikt fra unge og voksne. Dersom eldre over 65 år har en KMI under 20, blir han betegnet å være i ernæringsmessig risiko. Eldre over 65 år som har KMI på over 22, men samtidig opplever et ufrivillig vekttap som er større enn 5 % de siste tre månedene vil også betegnes som å være i ernæringsmessigrisiko til tross for KMI på 22. Et annet kriterium for å kunne si at en eldre pasient er i ernæringsmessig risiko er dersom matinntaket den siste uken er under 50 prosent av ens beregnede behov (Helsedirektoratet, 2009).

I tillegg vil vekt og KMI finnes det flere typer skjemaer for å vurdere om pasienten er i risiko for underernæring. Til tross for at det finnes ulike metoder har vi valgt å bare fortelle om mini nutritional assessment (MNA).

MNA er den screeningen som Helsedirektoratet (2009) anbefaler å bruke på eldre over 65 år. Verktøyet er lett å bruke og tar bare 10-15 minutter å gjennomføre (Kondrup, Allison, Elia, Vellas og Plauth, 2003). MNA består av to deler. Den første delen inneholder seks spørsmål, og dersom pasienten scorer 11 poeng eller mindre skal del to av screeningen gjennomføres. Dette skal gjøres på grunn av pasienten er i mulig risiko for underernæring. Del to består av 12 nye spørsmål. Dersom sluttsummen på testen er mellom 17 til 23,5 poeng er pasienten i fare for underernæring, men med mindre enn 17 poeng er pasienten underernært (Helsedirektoratet, 2009).

5.0 Presentasjon av sykepleieteori

5.1 Grunnlag for valg av teoretiker Kari Martinsen

I vår oppgave har vi valgt å bruke deler av Kari Martinsens omsorgsfilosofi for å belyse og svare på problemstillingen. Grunnen til at vi har valgt å ta utgangspunkt i hennes omsorgsfilosofi er at vi synes den er relevant i forhold til temaet vi skriver om. I tillegg til dette er Martinsen en moderne norsk sykepleieteoretiker som er født i 1943 (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

5.2 Kari Martinsens menneskesyn

Martinsen har et kollektivistisk menneskesyn. Det betyr at hun har fellesskapet i sentrum i motsetning til mennesker med et humanistisk menneskesyn som vektlegger enkeltmennesker. Hun mener at man i fellesskap med andre har mulighet til å utvikle seg, og hun presiserer videre at mennesker eksisterer for andres skyld, og ikke bare for seg selv. En eller annen gang i løpet av livet vil mennesket oppleve å måtte utlevere seg til et annet menneske, og det er da opp til den andre å ta vare på den svake. Martinsen mener videre at alle deltar i et fellesskap, noe som betyr at en knytter bånd til hverandre og går inn menneskelige relasjoner. Mennesker er avhengig av hverandre, og avhengigheten viser seg særlig når man opplever sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne (Martinsen, 2003).

5.3 Kari Martinsens syn på sykepleierens funksjon

Martinsen tar i sin omsorgsfilosofi hensyn til mennesker som trenger generell pleie over tid, og mener denne sykdomsgruppen har blitt nedprioritert i andre sykepleieteorier. Hun tar avstand fra et mål om at den syke skal bli frisk og gjenvinne sine tidligere funksjoner, og retter derfor fokuset på pasienter som ikke har denne muligheten. Til tross for at ikke alle kan bli friske, mener hun at sykepleieren må arbeide for å unngå at pasientsituasjonen forverrer seg. For å kunne yte god omsorg og unngå slik forverring mener hun at en må ha erfaring, forståelse og klokskap. Hun mener videre at hvordan omsorgen ytes skal bestemmes ut i fra mottakerens situasjon, og at sykepleieren må være åpen for å se pasientens muligheter og begrensninger. En god situasjonsforståelse er blant annet nødvendig for å få balanse mellom en omsorgsyter som overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende og respekten for menneskets selvbestemmelse. Hun mener at man i arbeidet må forhindre at den syke blir sett på som et middel, men i stedet se mennesket ut i fra et helhetsperspektiv (Martinsen, 2003).

5.4 Kari Martinsens syn på omsorg

Martinsen ser på omsorg som et grunnleggende element innenfor sykepleiefaget. Hun mener at omsorg er en del av menneskets natur, og at mennesket har et medmenneskelig ansvar for å gi omsorg til den svake (Martinsen, 2003). Martinsen (2003) sier at: *”Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv”* (s. 69). For å kunne gi god omsorg er det viktig at man har gode relasjoner som preges av tillit. Hun mener videre at god omsorg kjennetegnes av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. Videre mener Martinsen at omsorgen sykepleieren gir skal være betingelsesløs. Det betyr at hjelpen skal begrunnes ut i fra den sykes tilstand, og ikke ut i fra forventet resultat (Martinsen, 2003).

I følge Martinsen (2003) er det tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er viktige. Disse er omsorgens rasjonelle, praktiske og moralske side.

5.4.1 Omsorgens rasjonelle side

For å kunne gi omsorg er man avhengig av en situasjon med minst to personer. En slik situasjon kan kjennetegnes av en svak part som mottar omsorg og en omsorgsyter. I en omsorgssituasjon mener Martinsen at det er viktig at sykepleieren verken over- eller undervurderer pasientens evner, og en må se behovet for pleie og omsorg ut i fra pasientens dagsform. Videre er det viktig at man i pleiesituasjoner tolker uttrykkene som pasienten formidler, og for å kunne gjøre dette på en god måte mener hun at sykepleieren må ha evner til å bruke faglig skjønn for å se pasientens behov (Martinsen, 2003).

5.4.2 Omsorgens praktiske side

Martinsen ser også på omsorg som en praktisk handling, og hun mener at måten omsorgen ytes på bestemmes ut i fra pasientens situasjon. Ut i fra å være medmenneske har man gode muligheter for å forstå den syke, noe som kan skyldes at vår menneskelige eksistens har mange av de samme likhetstrekkene. I tillegg til å være medmenneske har sykepleieren fagkunnskap som gjør en i stand til å gi best mulig omsorg. Til tross for dette understreker Martinsen at det ikke er tilstrekkelig at sykepleieren bare har fagkunnskaper i arbeidet, men hun mener at man i tillegg trenger praktiske ferdigheter, forståelse og erfaring. Hun poengterer at man ikke kan lære seg hva god sykepleie er av bare å lese bøker, men at man derimot må lære og studere andre sykepleiere med erfaring. Hun presiserer at mye av kunnskapen sykepleierne har er taus kunnskap, og denne formidles best gjennom eksempler. Med det mener hun at eleven må se hvordan mesteren gjør det, hun må prøve seg og for så å bli korrigert av mesteren som har kunnskapen i sine hender. Til tross for at sykepleieren har fagkunnskaper, må en være bevisst på hvordan en bruker disse i møtet med den svake. Med dette mener Martinsen at en må være oppmerksom på å bruke de enkle redskapene som pasienten er kjent med fra sitt tidligere liv, og man må kommunisere gjennom et språk begge parter er kjent med. Videre mener Martinsen at god omsorg fra sykepleieren kjennetegnes av at den blir tilrettelagt og gjennomført ut i fra pasientens ønsker og behov. Hun mener at det er viktig at sykepleieren i en omsorgssituasjon bruker alle sine sanser når en observerer, og at en er mottakelig for de signalene pasienten gir. Det er også viktig at sykepleieren har evner til å observere endringer i den svakes dagsform og væremåte for så å tilpasse omsorgen deretter (Martinsen, 2003).

5.4.3 Omsorgens moralske side

Moral dreier seg om hva sykepleieren anser som en riktig handling i en bestemt situasjon. Martinsen mener at det ikke er faste bestemmelser for hva som er en moralsk handling, men god omsorgen må læres, noe som krever erfaring og fagkunnskap. Sykepleieren kan oppleve å komme i situasjoner hvor de ser at den syke har andre behov enn det den syke selv oppfatter. I slike tilfeller kan det være nødvendig at en tar i bruk sine fagkunnskaper for å få pasienten til å innse hva som er ens beste, noe som kalles svak paternalisme (Martinsen, 2003). I følge Martinsen referert i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) mener hun at svak paternalisme innebærer at *”sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å gagne den enkelte pasient mest mulig”* (s.65). Dersom sykepleieren velger å la pasienten handle ut i fra sitt eget ønske, samtidig som en ser at dette ikke er til pasientens beste kalles dette unnlattelsessynd. Unnlattelsessynd er i følge Martinsen en umoralsk handling (Martinsen, ref. i Kristoffersen, Nordvedt og Skaug, 2005).

6.0 Presentasjon av funn / drøfting:

Ut i fra problemstillingen vår som er « Hvordan kan sykepleiere i sykehjem dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom?», skal vi i denne delen av oppgaven drøfte forskjellige tiltak sykepleieren kan benytte seg av i arbeidet med ernæring.

6.1 Demenssykdom medfører vanskeligheter i forbindelse med inntak av mat og drikke

Demens er en sykdom som gjør at pasienten blir avhengig av hjelp fra andre for å fungere i hverdagen, og dersom ingen er tilstede for å yte denne hjelpen vil det kunne føre til skade eller i verste fall død. Det er fordi at sykdommen fører til at mennesket ikke lengre er i stand til å se konsekvensene av valgene en gjør (Berentsen, 2008). Innenfor denne pasientgruppen ser vi Kari Martinsens omsorgsfilosofi som relevant. Det er fordi at Martinsen som tidligere nevnt legger vekt på mennesker som trenger generell pleie og omsorg over tid. Demens er en kronisk varig sykdom som forverrer seg, og man kan derfor ikke arbeide ut i fra et mål om at pasienten skal bli frisk og gjenvinne sine tidligere funksjoner. Martinsen retter i sin teori fokus på at man må arbeide for å vedlikeholde pasientens nåværende funksjoner, og man må så langt som mulig forebygge forverring. Hun mener at når noen opplever å bli syke og trenger hjelp, har menneskene rundt et medmenneskelig ansvar for å trå til og hjelpe. Hun understeker videre at omsorgen som gis skal være uten baktanker. Med det mener hun at omsorgen skal være betingelsesløs, og at man ikke kan forvente seg noe tilbake (Martinsen, 2003). Vi ser også dette som relevant i forhold til demenssykdom. Dette fordi at denne pasientgruppen på grunn av sin sykdom aldri blir i stand til å kunne gi den samme omsorgen.

Når et menneske opplever å få en demenssykdom følger det mange konsekvenser. En slik konsekvens kan være problemer i forbindelse med inntak av mat og drikke. Det er fordi at sykdommen fører til at pasienten får spesielle behov, og en trenger bedre oppfølging og mer hjelp i forbindelse med matinntak. Sykdommen kan føre til at pasienten får problemer med å spise selv, griser eller har tendens til å ta sidepersonens mat. For å forebygge at dette skjer trenger pasientene tilrettelegging og hjelp i forbindelse med måltidene. Det er flere faktorer som kan foreklare at pasienter med demens får problemer i matsituasjoner. Sykdommen kan bidra til at pasienten misforstår hvordan bestikket skal brukes, hva glasset er og at maten skal spises. Symptomet neglekt kan føre til at pasienten overser maten som står på den siden av kroppen som en neglisjerer, og apraksien kan vise seg ved at pasienten ikke klarer å innta

måltidet selv uten hjelp til å komme i gang. Rastløshet eller passivitet vil også kunne påvirke pasientens matinntak. Det er fordi at den rammede kan bli urolig ved matbordet, eller at en derimot ikke klarer å ta initiativ til å spise eller smøre på maten (Berg, 2002). På grunn av hukommelsessvikten og det dårlige perspektivet på tid kan pasienter med demens tro at de nettopp har spist til tross for at de ikke har det. På bakgrunn av hjerneskaden som befinner seg ved demens og symptomene som forekommer ser vi viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om på hvilken måte sykdommen kan påvirke matinntaket, og dermed pasientens ernæringsstatus.

Til tross for viktigheten av kunnskap mener Martinsen at det ikke er tilstrekkelig at sykepleieren bare har kunnskap for å gi god omsorg. Hun understreker at sykepleieren i tillegg trenger erfaring for å forstå den svake. Hun mener videre er det viktig at sykepleieren har evner til å sette seg inn i pasientens situasjon, slik at en kan se situasjonen ut i fra pasientens side. Martinsen skriver i sin omsorgsfilosofi om svak paternalisme, og i arbeidet med personer med demenssykdom ser vi at sykepleieren kan ha behov for å utøve dette. Det er fordi sykdommen kan føre til at den rammede ikke vet hva som er best for en selv, og at en derfor ikke klarer å ta hånd om seg selv på en god måte. Demensrammede kan for eksempel si at en nettopp har spist, eller at en ikke ønsker å spise. I slike tilfeller kan sykepleieren enten velge å la pasienten unnlate å spise, eller en kan bruke sin faglige merforståelse, og på denne måten overbevise pasienten om at en må spise. Dersom sykepleieren i stedet velger å la pasienten unnlate å spise kan det bidra til at sykepleieren gjør det Martinsen kaller for unnlatelsessynd. Unnlatelsessynd er en handling som velges til tross for at den ikke anses å være til pasientens beste. Martinsen mener at sykepleieren skal være moralske i arbeidet, og unngå unnlatelsessynd så langt som mulig. Med det mener hun at man skal arbeide for at pasienten skal ha det best mulig (Martinsen, 2003).

6.2 Helsepersonellets kunnskaper og holdninger til ernæringsarbeid i sykehjem

For at sykepleiere i sykehjem skal dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom må man ha kunnskap om kartlegging av pasientens ernæringsstatus, beregning av pasientens ernæringsbehov og hvordan sykdom påvirker behovet. For å forstå viktigheten av dette trenger en videre kunnskap om konsekvensene av dårlig ernæringsstatus.

Dersom det er helsepersonell som mangler denne kunnskapen er det viktig at en man sørger for å skaffe seg denne, noe man har et selvstendig ansvar for. Til tross for at det er viktig at sykepleieren har kunnskap i arbeidet, understreker Martinsen viktigheten av å ha praktiske ferdigheter og erfaring. Hun mener at man ikke kan lære seg hva god sykepleie er av bare å lese bøker om sykepleie, men at man må derimot studere og gå i lære hos andre sykepleiere med erfaring. Hun mener videre at det er erfaringen som gjør sykepleieren i stand til å vite hva som er riktig handling i en hver situasjon (Martinsen, 2003). I tillegg til kunnskap trenger også sykepleieren gode holdninger til arbeidet med ernæring. Berg skriver i sin bok at det i dag ofte er slik at det blir lagt mest vekt på oppgaver som gir målbare resultater, for eksempel hvor mange pasienter man har dusjet eller stelt. For at sykepleiere i sykehjem skal dekke ernæringsbehovet til pasienter med demenssykdom kan det være nødvendig at holdningene endres. Med det mener hun at det burde gi like mye status av å sitte lenge ved frokostbordet (Berg, 2002). Ut i fra Martinsens syn på sykepleie ser vi at når uerfarne sykepleiere og studenter kommer ut i arbeid på sykehjem vil de lære mye av de med erfaring. Dersom dette er sykepleiere med gode kunnskaper og holdninger til ernæringsarbeid og som prioriterer dette like høyt som å legge flest pasienter fortest mulig vil det muligens kunne bidra til at sykepleiere klarer å dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom.

Til tross for at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om ernæring viser forskning at lederne på sykehjem mener at personalet har for lite kunnskap om dette. I en nasjonal kartleggingsundersøkelse på sykehjem i Norge svarte 80 prosent av lederne som deltok at personalet trengte mer kunnskap og ernæringsarbeid. De mente det først og fremst var kunnskap om anbefalt kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syken og mat til personer med demens det var størst behov for mer kunnskap om. I tillegg til dette mener lederne at personalet trenger mer kunnskap om ernæring ved svelgeproblemer (Aagaard, 2010). I tillegg til den norske forskningen viser også forskning som er utført på et sykehjem i Danmark at pleiepersonalet har mangelfulle kunnskaper om ernæringsarbeid. Personalet har

blant annet lite kunnskaper om hva underernæring er, hva som er grensen for å karakterisere en pasient som underernært og eldres energibehov (Munch et.al., 2006). Forskningen som nevnt viser at helsepersonell burde ha mer kunnskap om ernæring for å kunne dekke eldres ernæringsbehov. På et sykehjem i Danmark har de konkludert med at systematisk ernæringsvurdering i tillegg til individuell pleie og god planlegging av måltider resulterer i økt vekt blant beboere. Det samme sykehjemmet arbeider for å sikre god kvalitet på maten, skape en god atmosfære rundt måltidet og gir pasienten hjelp ved behov. Fra studiestart til slutt økte andelen av vektstabile beboere fra 52,6 prosent til hele 87,7 prosent (Kuosma, Hjerrild, Pedersen og Hundrup, 2008). Forskningen samsvarer med erfaringene til personalet som arbeider på et sykehjem for personer med demens. Via en samtale med oss formidlet personalet at etter de startet å arbeide mer bevisst med ernæring, og prioriterte dette i høyere grad enn tidligere ble det enklere å sette i gang nødvendige tiltak, og forekomsten av underernæring ble lavere. Personalet har også erfart at dersom det er noen som mangler kunnskap om ernæringsarbeid er det viktig at sykepleieren kan veilede og undervise andre yrkesgrupper. Ut i fra dette er det viktig å huske på at sykepleiere har et organisatorisk ansvar for å undervise andre dersom det er nødvendig (Orvik, 2004).

6.3 Vurdering av ernæringsstatus hos eldre sykehjemsbeboere

I følge Martinsen (2003) er det viktig at sykepleieren i møte med pasienten observerer og ser ens behov for sykepleie. For at sykepleieren skal kunne se pasientens behov slik som Martinsen sier kan det være nødvendig å vurdere pasientens ernæringsstatus. En slik vurdering er viktig for å kunne gi ernæringen på best mulig måte i forhold til pasientens behov, og vurderingen kan være avgjørende for valgt av fremtidige tiltak og pleie. For at sykepleieren skal være sikker på at pasientens ernæringsbehov til dekt på en tilfredsstillende måte må man ha et ernæringsbehov å gå ut i fra, noe som vurderingen kan gi (Stubberud, Almås og Kondrup, 2010). Forskning gjennomført av Sortland, Skjeggstad, Jansen og Berglund (2009) viser at helsepersonell i Norge tror at pasientens energibehov blir dekt, til tross det motsatte. Forskningen viser her at det er behov for forbedring på dette området. Ved at sykepleieren i arbeidet vurderer pasientens ernæringsstatus som forklart over har man i arbeidet fremover et eksakt daglig energibehov å gå ut i fra. Når man har et slikt behov å ta utgangspunkt i og i tillegg vet hva pasienten har spist kan man ved dagens slutt regne ut om pasienten har inntatt nok næringsstoffer. Ved å arbeide på denne måten ser man om behovet blir dekt eller ikke, og man slipper å tro slik som helsepersonellet i forskningen gjorde.

Kartlegging av ernæringsstatus og vektregistrering sett i forhold til pasienter med demenssykdom er viktig, og dette er fordi den kognitive svikten sykdommen medfører. Personer med demenssykdom har ikke evner til å oppfatte egen vektnedgang og de kan ha vansker med å forstå kroppens signaler. I slike situasjoner er det i følge Martinsen (2003) viktig at sykepleieren tar ansvar. Med det mener hun at mennesker har ansvar for å hjelpe til dersom noen er syke, og dette gjør man for andres skyld og ikke for sin egen. Martinsen mener videre at sykepleieren må bruke sine sanser til å observere endringer hos den svake, noe som er viktig for å kunne sette i gang nødvendige tiltak. Dersom en ikke legger merke til endringer som betydelig vektnedgang og får satt i gang tiltak kan det føre til det hun kaller for unnlåtelssynd. For at sykepleieren skal kunne vurdere pasientens ernæringsstatus kan en benytte seg av metoder som vektregistrering og MNA.

6.3.1 Bruk av vekt

Kroppsvekten gir den sikreste opplysningen om forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer (Stubberud, Almås & Kondrup, 2010). Ut i fra at det er viktig å veie pasientene anbefaler Helsedirektoratet (2009) at alle pasienter skal veies ved innleggelse og at pasientene som bor på sykehjem veies fast en gang per måned. Videre sier de at veiing bør utføres til samme tid og med den samme påkledningen og vekten hver gang, og de anbefaler at man bruker balansevekt som kan nullstilles. Dette er fordi at denne vekten anses som den mest pålitelige. Vektregistrering og utregning av KMI hos pasientene kan være nødvendig for å fastslå om en er underernært eller ikke. Til tross for at det blir anbefalt å veie sykehjemspasienter er dette ikke en standard prosedyre. I forskning som er utført i Norge svarte 68 prosent at de derimot veide pasientene dersom det ble registrert at de spiste lite (Aagaard, 2010). En annen forskning utført av Sortland (2009) viser at hovedtendensen er at pasientene blir veid en gang per halv år og ikke en gang per måned som anbefalt. Til tross for at veiing gjennomføres sjeldent viser forskning at vektnedgang er vanlig blant sykehjemsbeboere, noe som understreker viktigheten av veiing (Sortland, 2009, Kuosma, et.al., 2008). Det er uavklart hva som er årsaken til den manglende vektregistreringen, men en medvirkende årsak kan være mangel på vekter i avdelingen. Dersom det er slik burde man på sykehjem vurdere å investere i slike verktøy for å kunne følge de norske anbefalingene.

Etter å ha samtalt med en sykepleier som har erfaring fra arbeid med personer med demenssykdom og ernæring har vi fått inntrykk av at vektkontroll er viktig. Sykepleieren har erfart at dette er en pasientgruppe som ofte opplever vektnedgang. Ut i fra at personalet på denne avdelingen over lang tid har fulgt opp pasientene i forbindelse med vekt, har de også erfart at hvor man registrerer vektnedgangen har betydning for arbeidet. De har blant annet erfart at det var bedre og mer oversiktlig å lage et diagram over pasientens vekt i stede for å skrive den inn i rapportsystemet. De opplevde at dersom det bare ble skrevet inn i rapporten ble det fortere oversett, og det ble dermed vanskeligere å sette i gang tiltak.

6.3.2 Bruk av screeningsverktøyet MNA

For å kunne opprettholde og ivareta god ernæringsstatus hos pasienter med demenssykdom er det også viktig at sykepleieren har kunnskap om bruk av ulike screeningsverktøy.

Helsedirektoratet (2009) anbefaler at man på sykehjem bruker MNA-screening. Dette er fordi at MNA er pålitelig til bruk på eldre over 65 år. MNA er en metode som identifiserer pasienter som står i fare for underernæring og underernæring på et tidlig stadium og metoden tar bare 10 -15 minutter å gjennomføre (EPSSEN, 2003). Screeningsverktøyet ble først utviklet i Sveits og Frankrike, men er i ettertid blitt oversatt til andre språk som for eksempel norsk. Forskning utført på sykehjem i Norge har vist at også den norske versjonen av verktøyet er pålitelig (Fossum, Terjesen, Ehren, Berg og Ehnfors, 2009). Det er viktig å merke seg at denne forskningen bare er utført på sykehjem, og om verktøyet er pålitelig til bruk i andre situasjoner er usikkert. I tillegg til den fulle MNA-screeningen er det blitt utviklet en kortform som kalles MNA-SF. Denne screeningen tar under fem minutter å gjennomføre, man identifiserer pasienter som er i risiko for underernæring og man kan ved behov velge å gjennomføre full screening av pasienten. En annen fordel med MNA-SF er at det finnes et alternativ til kroppsmasseindeks (KMI) dersom den er vanskelig å fastslå. Det betyr at metoden kan være lettere å bruke på svært syke eller sengeliggende pasienter (Skates og Anthony, 2012). Til tross for at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om screeningsverktøy viser en dansk forskning at pleiepersonalet har lite kunnskap om dette. Forskningen fastslo at bare 12 prosent av personene som deltok i prosjektet benyttet seg av screening i arbeidet med pasientene (Munch, et.al., 2006).

6.4 Sykepleiedokumentasjon som redskap

I forhold til den kognitive svikten og de symptomene som demenssykdommen medfører er det viktig at helsepersonellet dokumenterer pleien de utfører. Dette er fordi at pasienten selv ikke har forutsetninger for å kunne vurdere matinntaket, og en kan glemme om en har spist eller ikke. Dersom helsepersonellet mangler oversikt over pasientens matinntak kan det føre til at det blir mange timer mellom hver gang pasienten spiser, og det kan være vanskelig å vurdere om matinntaket er tilstrekkelig eller ikke. Ved å dokumentere matinntaket kan man ved behov sammenligne pasientens inntak med det energibehovet sykepleieren har beregnet at pasienten har (Sjøen og Thoresen, 2008). Det er videre viktig at sykepleieren er oppmerksom på at en ikke bare skal dokumentere for sin egen del, men det er en plikt som følger med yrkesrollen. Den som yter helsehjelp har plikt til å føre pasientjournal. *«Journalen skal føres i samsvar med yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen»* (Helsepersonelloven, 1999., § 40).

For at helsepersonellet skal kunne dokumentere godt kreves kunnskap. Man må blant annet ha kunnskap om hva og hvordan man dokumenterer, og at det er viktig å være konkret og nøyaktig (Heggedal, 2009). Vi har erfart at en vanlig brukt setning innenfor dokumentasjon av matinntak hos pasienter er «Pasienten har spist godt i formiddag». Men hva er godt? Det vil avhenge av personens subjektive mening. Dersom sykepleieren dokumenterer på denne måten vil det være vanskelig for neste pleier å vite nøyaktig hvor mye den enkelte pasient har spist. Kari Martinsen (2003) mener at for å kunne dokumentere godt må sykepleieren være aktivt tilstede for å få et godt bilde av pasientsituasjonen. Med det mener hun at sykepleieren må bruke hele sin kropp og alle sine sanser i møte med pasienten. Vi ser viktigheten av det Martinsen sier om tilstedeværelse, og spesielt i møte med mennesker med demenssykdom. Dersom pleieren ikke er tilstede og observerer under måltidet kan man få inntrykk av at pasientene har spist, uten at man vet det helt sikkert. Vi har selv erfart at pleiere har trodd at pasienten har spist, men det har i ettertid vist seg at pasienten har gjemt maten.

6.5 Tilrettelegge et godt miljø rundt måltidet for å fremme matinntak

I avsnittene over har vi tatt for oss noen grunnleggende faktorer som det er viktig å ha kunnskap om for å dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom. I de neste avsnittene vil vi derimot gå mer inn på hvordan sykepleiere praktisk kan arbeide for å ivareta ernæringsbehovet.

Martinsen (2003) mener det er viktig at sykepleiere arbeider for å ivareta pasientens nåværende funksjoner og forebygge forverring. For å kunne ivareta pasientens funksjoner slik som Martinsen sier er tilrettelegging av pleien en viktig sykepleieoppgave. Martinsen mener at god tilrettelegging innebærer at man tar hensyn til pasientens nåværende behov og funksjonsnivå. I måltidssammenheng kan det innebære at man forsøker å tilpasse måltidet ut i fra pasientens behov. Dette kan blant annet gjøres ved at man tar i bruk redskaper som pasienten er kjent med fra tidligere, og finner frem til nødvendige hjelpemidler. Martinsen sier videre at det å bruke enkle redskaper som pasienten er kjent med når omsorgen ytes er noe av det mest fundamentale.

For å tilrettelegge et godt måltid for personer med demenssykdom må sykepleieren ha kunnskaper om sykdommen, og hvilke behov den rammende har i måltidsituasjonen. Det er videre viktig at sykepleieren har innsikt i pasientens tidligere matvaner. Dette er fordi at det kan være vanskelig for pasienten å innta måltidet på en ny måte, noe som skyldes den reduserte læringsevnen som sykdommen kan medføre. Dersom sykepleieren har innsikt i pasientens tidligere matvaner kan det bidra til å øke matinntaket og forebygge dårlig ernæringsstatus (Solheim, 2009). Hvis sykepleieren videre tilrettelegger måltidet godt, kan det ses på som en ressurs i hverdagen. Med det mener vi at måltidet er en av de aktivitetene som pasientene har mulighet for å kjenne igjen. Servering av kjent og tradisjonell mat kan åpne opp for samtale mellom pasientene, og det gir personalet muligheter for å bli bedre kjent med den eldre og hans fortid. Kjent mat vil videre kunne stimulere pasientens sanser og bidra til gjenkjenning og trivsel (Berg, 2002).

6.5.1 Bordsammensetningens betydning for pasientens matinntak

Martinsen mener at for å kunne gi god omsorg trenger sykepleieren innsikt i pasientens liv, noe en kan få av å være en personlig interessert og engasjert sykepleier (Martinsen, 2003). Vi ser at dersom sykepleieren har god innsikt i pasientens liv slik som Martinsen sier har man gode muligheter for å kunne tilrettelegge et godt måltid for personer med demenssykdom. Tilrettelegging herunder innebærer blant annet å finne en god sammensetning av hvilke pasienter som kan spise sammen. Ved å ha god kjennskap til hver enkelt pasient har man mulighet til å få innblikk i hvilke av pasientene som går godt sammen og hvem som gjør det motsatte. Med det mener vi at dersom det er pasienter av forskjellige årsaker som ikke liker hverandre, er det viktig å ta hensyn til dette i måltidssammenhengen. Hvis ikke sykepleieren har denne innsikten og kan tilrettelegge på denne måten kan det føre til at pasienten forlater matbordet, noe som kan få konsekvenser for pasientens ernæringsstatus (Berg, 2002).

Til tross for at sykepleieren finner en god bordsammensetning av pasienter sier Berg (2002) at flere enn seks- syv personer kan gjøre matsituasjonen uoversiktlig. Hun sier videre at pasientene bør ha faste plasser ved bordet. Det er fordi at disse menneskene har svekket oppmerksomhetsevne, noe som kan føre til at de blir lett forstyrret av andre personer eller lyder i rommet. En annen fordel ved at de samme pasientene spiser sammen daglig er at pasienten får mulighet til å kjenne igjen sine medpasienter. Gjenkjenning er en form for mestring, og det kan bidra til trygghet og økt matinntak. En ugunstig sammensetning kan derimot bidra til uro og frustrasjon som igjen kan føre til at pasienten forlater matbordet og dermed spiser mindre. I noen tilfeller kan alvorlig demens føre til at pasienten mister sine hemninger og sin dømmekraft. I slike tilfeller kan pasienten ha behov for skjerming i matsituasjonen. Skjerming er en type grensesetting og det kan brukes for å ivareta pasientens integritet og verdighet (Berg, 2002).

Etter å ha samtalt med personalet på et sykehjem for mennesker med demenssykdom har vi fått inntrykk av at det tar tid å finne gode løsninger på hvilke pasienter som spiser sammen. Personalet formidlet videre at det ikke bare er tilstrekkelig å plassere seks-syv pasienter sammen, men at situasjonen derimot må vurderes jevnlig. Videre forteller de at sykepleieren må sette seg inn i pasientens forhistorie for å finne ut om pasientene liker å spise alene eller sammen med andre. Det personalet har erfart ser vi er i tråd med det Martinsen mener med å kunne vurdere pasientens situasjon og bruke faglig skjønn i arbeidet (Martinsen, 2003).

6.5.2 Betydningen av matbordets utseende

Når pasienter med demenssykdom skal innta et måltid vil spisebordets utseende kunne påvirke pasientens matinntak. På grunn av pasientens reduserte oppmerksomhetsevne må sykepleieren ta bort unødvendige gjenstander som befinner seg på bordet. Det er fordi at for mange ting kan bidra til forvirring og at pasienten får nedsatt oppmerksomhet mot selve maten. I tillegg til å fjerne unødvendige gjenstander viser forskning at bruk av kontrastfarger i måltidssammenheng hvor det er personer med demens kan resultere i økt matinntak (Dunne, Ref. i Jackson, Currie, Graham og Robb, 2011). Forskningen samsvarer med faglitteratur. I følge faglitteratur gjør kontrastfarger det enklere for personer med demenssykdom å oppfatte og forstå det en sanser (Solheim, 2009). Det er videre viktig når man dekker bordet at man bruker servise og bestikk med utgangspunkt i pasientens tidligere vaner. Begrunnelsen for dette er at pasienter med demenssykdom har redusert læringsevne, og det kan derfor være vanskelig for dem å lære seg å innta måltider på en ny måte. Det vil si at dersom pasienten har vært vant med å drikke fra tefat må man ta hensyn til dette i matsituasjonen (Berg, 2002).

6.5.3 Betydningen av hjelpemidler for å øke pasientens matinntak

Martinsen (2003) sier i sin teori at sykepleiere i møte med pasienter må observere og vurdere ens funksjoner. Det Martinsen sier om observasjon og vurdering er viktig når sykepleieren skal ta stilling til om pasienten har behov for hjelpemidler i måltidssammenhenger. Dersom sykepleieren sørger for å gi pasienten nødvendig hjelp har man mulighet til å styrke pasientens selvhjulpenhet og en kan på denne måten bevare ens funksjoner (Martinsen, 2003). Det å kunne spise selv har stor betydning for opplevelse av mestring, og det kan være appetittoppvekkende (Berg, 2002). Hjelpemidler i forbindelse med måltider kan være antiskliunderlag, tallerken med kant eller bestikk som er ergonomisk utformet (Solheim, 2009). Andre hjelpemidler som pasienten ellers har bruk for, som for eksempel briller eller høreapparat må også være på plass i måltidssammenhenger. Dersom sykepleieren glemmer slike forhold kan det bidra til frustrasjon og problemer hos pasienten (Blix og Breivik, 2006). Gjennom samtale med personalet på en demensavdeling har vi fått inntrykk av at det er svært viktig å skaffe nødvendige hjelpemidler. Personalet har opplevd at pasienter med nedsatt koordinasjonsevne har mestret matsituasjonen bedre etter å ha fått tilgang på nødvendige hjelpemidler. Personalet har også erfart at dersom de manglet hjelpemidler og ikke klarte å tilrettelegge godt nok for pasienten kunne måltidet bli en traumatisk opplevelse, og det kunne bidra til redusert matinntak.

6.6 Antall måltider i sykehjem

For at pasienter på sykehjem som spiser lite skal få dekket sitt ernæringsbehov anbefaler Helsedirektoratet (2009) at det serveres tre hovedmåltider og to- tre mellommåltider daglig. I en forskning utført av Aagaard (2010) på sykehjem i Norge kom en fram til at 14 prosent av sykehjemmene serverte åtte måltider daglig, omtrent like mange serverte fire, og 25 prosent serverte fem måltider daglig. Vi har selv erfart at det er vanlig å servere tre hovedmåltider og to mellommåltider. Forskningen og våre erfaringer viser at de fleste sykehjemmene serverer et tilstrekkelig antall måltider, men at det derimot er for lang tid mellom siste kveldsmåltid og frokost. For å sikre at eldre på sykehjem får tilstrekkelig næringstilførsel burde det ikke gå for lang tid mellom måltidene. Sortland (2007) anbefaler at det maksimalt burde være 12 timer mellom siste kveldsmåltid og frokost. I forskningen til Aagaard kom man videre frem til at over 66 prosent av forsøkspersonene svarte at de serverte sen kveldsmat, men bare 30 prosent av disse oppga tidspunktet for dette måltidet (Aagaard, 2010). Det at så få oppga når sen kveldsmat ble servert skaper usikkerhet om at dette er et fast måltid, eller om det bare gis ved behov. Ut i fra egne erfaringer serveres kveldsmat klokken 19.00 og frokost tidligst klokken 09.00, noe som utgjør 14 timer. Lang tid mellom kveldsmat og frokost kan føre til at personer med demenssykdom får dårlig ernæringsstatus. Det er fordi at alderdom kan føre til at en blir fortere mette, og får mindre tørste- og sultfølelse (Sortland, 2007). I tillegg til disse endringene kan personer med demenssykdom oppleve nedsatt evne til å uttrykke seg, og de kan ha vansker med å gjenkjenne kroppslige behov. Det vil si at den rammede kan være sulten uten å få det frem til helsepersonellet (Berentsen, 2008). Dersom det er så lang tid mellom siste kveldsmåltid og frokost som forskningen og egne erfaringer sier bør rutinene for matservering endres. Dette er for å forhindre at det blir mer en maksimalt 12 timer mellom siste kveldsmåltid og frokost, og det kan gjøre det enklere for sykepleiere å dekke pasientenes ernæringsbehov.

6.7 Bruk av musikk i måltidssammenheng

Bruk av musikk har gjennom forskning vist å være et alternativt tiltak for å øke matinntaket blant sykehjemsbeboere med kognitivsvikt (Thomas og Smith, 2008, Jackson et.al., 2011). Musikken har vist å være effektivt for å redusere stress og uro, og forskning viser at kaloriinntaket hos beboere med Alzheimers sykdom økte med hele 20 prosent når musikken ble spilt under måltidet. Det økte inntaket ble sett i sammenheng med at musikken gjorde pasientene roligere, og at de dermed tilbrakte lengere tid ved matbordet (Thomas og Smith, 2008). En annen forskning konkluderte med at matinntaket til personer med demenssykdom daglig økte med 129 kcal når det ble spilt bakgrunnsmusikk i spiserommet, men at det var en liten nedgang i matinntaket under frokost (Wong, ref. i Jackson, 2011). For at musikken skal gi utslag i høyere matinntak blant sykehjemsbeboere med demenssykdom tror vi at det er viktig at sykepleieren har kunnskap og evner til å vurdere situasjonen. I tillegg til dette bør man ha innblikk i hvilken musikk pasienten liker og har et godt forhold til. Hvis man blant disse beboerne bruker musikk som assosieres med negative hendelser fra tidligere i livet kan det virke forstyrrende, skape usikkerhet og dermed få negativ effekt på matinntaket. Selv har vi ingen erfaring ved bruk av musikk i matsituasjonen, men dersom tiltaket prøves ut og fungerer slik som forskningen konkluderer vil det være et effektivt tiltak for å bedre ernæringsstatusen blant sykehjemsbeboere med demenssykdom.

7.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi arbeidet for å finne svar på hvordan sykepleiere i sykehjem kan dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom, og vi har belyst problemstillingen i tråd med Martinsens omsorgsfilosofi. Årsaken til at vi valgt å belyse problemstillingen ut i fra hennes syn på sykepleie er at hun i sin teori vektlegger mennesker som ikke har mulighet til å bli frisk. Demenssykdom er en kronisk sykdom som forverrer seg over tid, og vi anser derfor Martinsens teori som relevant. Til tross for at omsorgsfilosofien passer godt til denne sykdomsgruppen, ser vi at den ikke vil være like relevant i andre situasjoner som for eksempel innenfor kirurgi.

Vi har ikke kommet fram til noe fasitsvar på hvordan ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom kan dekkes, men vi har derimot belyst hva som er viktig i arbeidet. Etter å ha jobbet med oppgaven ser vi at det finnes mange enkle gjennomførbare tiltak i forhold til ernæring, men at det er mangelfull gjennomføring av disse.

Forskning viser at helsepersonell mener de har lite kunnskaper om ernæringsarbeid, og at dette arbeidet nedprioriteres. For at sykepleiere skal kunne dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom og forstå viktigheten av ernæringsarbeidet i sykehjem har vi kommet fram til at det er nødvendig at en har kunnskaper og gode holdninger. I tillegg til dette ser vi at sykepleieren må ha kunnskap om å vurdere pasientenes ernæringsstatus, og man må være bevist på viktigheten av sykepleiedokumentasjon i arbeidet med denne pasientgruppen. Videre har vi gjennom forskning og faglitteratur kommet frem til at et godt miljø rundt måltidet kan bidra til å fremme matinntaket. Ut i fra dette har vi kommet med forslag på ulike miljømessige tiltak sykepleiere og annet helsepersonell kan benytte seg av i måltidssammenhenger hvor det befinner seg pasienter med demenssykdom. Forskning har blant annet vist at musikk er et alternativt tiltak for å øke matinntaket blant sykehjemsbeboere med kognitivsvikt, og dersom det er slik som forskningen sier kan dette være et godt tiltak i arbeid med ernæring. I arbeidet har vi også kommet fram til at hvilke tiltak som iverksettes bør vurderes og kommer an på situasjonen og pasientens behov. Med det mener vi at tiltakene må vurderes med hensyn til pasientens grad av demens, menneskets livshistorie og personens nåværende funksjonsstatus.

Vi har gjennom arbeidet sett at dersom sykepleiere arbeider ut i fra Martinsens omsorgsfilosofi har man et godt utgangspunkt for å dekke ernæringsbehovet til mennesker

med demenssykdom som bor på sykehjem. Ernæring er et av menneskets grunnleggende behov og vi mener dette må prioriteres høyere for at det skal dekket på en tilfredsstillende måte.

Referanseliste

Selvvalgt litteratur

Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.

Hentet fra <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/343773/mat-og-maltider-i-sykehjem.-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>. Lastet ned: 19.02.2013. 5 sider.

Berentsen, B.V. (2008). *Demensboka- Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. (s.11-22, 43-71, 161- 176). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Berg, G. (2002). *Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. (s. 29-64). Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Drevon, C.A., & Blomhoff, R. (2012). Levevaner og helse. I Drevon, C.A., & Blomhoff, R. (Red), *Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring*. 6 utgave. (s.21-28). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Engedal, K., & Haugen, P.K. (2006). *Demens. Fakta og utfordringer*. 4. utgave. (s.15-32). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fossum, M., Terjesen, S., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2009). Evaluation of the Norwegian version of the mini nutritional assessment (MNA) among older nursing home patients.

Hentet fra

<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/607957364/13CA529D7232F1A3E6A/1?accountid=35443>. Lastet ned: 06.03.2013. 3 sider.

Helsedirektoratet (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>. Lastet ned: 06.01.2013. 75 sider

Helsedirektoratet (2005). Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo:

Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet.pdf>. Lastet ned: 25.02.2013. 20 sider.

Helsedirektoratet (2011). Underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/underernering/Sider/default.aspx> Lastet ned: 18.02.2013. 1 side.

Helse og omsorgsdepartementet (2011). Demensplan 2015 «Den gode dagen». Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf. Lastet ned 12.02.2013. 13 sider.

Jackson, J., Currie, K., Graham, C., & Robb, Y. (2011). The effectiveness of the interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia: A systematic review. Hentet fra http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:juTzW-5HglsJ:scholar.google.com/+The+effectiveness+of+interventions+to+reduce+undernutrition+and+promote+eating+in+older+adults+with+dementia:+A+systematic+review&hl=no&as_sdt=0,5. Lastet ned: 13.02.2013. 36 sider.

Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2003. *Clinical nutrition*, 2003(4), 415- 421. Hentet fra [http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(03\)00098-0/fulltext#section8](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(03)00098-0/fulltext#section8). Lastet ned: 15.02.2013. 6 sider.

Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P.U., & Hundrup, Y.A. (2008). Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home- health effects of a formulated food and meal policy. *Journal of Clinical nursing*, 2008(17), 2288-2293. Hentet fra <http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02203.x/full>. Lastet ned: 28.02.2013). 6 sider.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. Utgave. (s. 14-88). Universitetsforlaget.

Mowè, M. (2012) Eldre. I Drevon, C.A., & Blomhoff, R. (Red) *Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring*. 6 utgave. (s.330-339). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget. 9 sider.

Munch, C., Pedersen, P., Færgeman, K., & Thulstrup, A.M. (2006). Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsboere- en spørgeskemaundersøgelse. Hentet fra

<http://ezproxy.uin.no:2063/docview/607002024/13CA4944CF75453F852/1?accountid=26469>

Lastet ned: 06.03.2013. 4 sider.

Nestlê Health Science (2013). About us. Hentet fra <http://www.nestlehealthscience.com/>.

Lastet ned: 13.03.2013. 1 side.

Norsk helseinformatikk. (2011). Innleggelse i sykehjem. Hentet fra

<http://nhi.no/livsstil/innleggelse-i-sykehjem-37630.html?page=2>. Lastet ned: 11.02.2013. 1 side.

Skates, J.J., & Anthony, P.S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice.

The mini nutritional assessment (MNA) - an evidence- based screening tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 2012(3), 18-27. Hentet fra

<http://ezproxy.uin.no:2063/docview/1009601187/13CBE76FE4192D04DF/7?accountid=26469>. Lastet ned: 13.02.2013. 10 sider.

Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. 2.utgave. (s. 22-40, 139-142, 205-211, 291-293). Oslo: Universitetsforlaget.

Sortland, K. (2007). *Ernæring- mer enn mat og drikke*. 3.utgave. (s. 163-172). Bergen:

Fagbokforlaget.

Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L & Berglund, A-L. (2009). Eldre personers ernæring og matinntak ved sykehjem - Et pilotstudie. Hentet fra

https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf Lastet ned: 05.02.2013. 4 sider.

Thomas, D.W., & Smith, M. (2009). The Effect of Music on Caloric Consumption Among Nursing Home Residents with Dementia of the Alzheimer's Type. *Activities, Adaptation & Aging*, 2009(1), 1-16. Hentet fra

<http://ezproxy.uin.no:2095/doi/full/10.1080/01924780902718566>. Lastet ned: 18.02.2013.

Selvvalgt litteratur = 435 sider.

Pensumlitteratur

- Bjørk, I.T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. 1. Utgave. Oslo: Akribes AS.
- Blix, E.S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggedal, K. (2009). *Sykepleiedokumentasjon*. 2.utgave. 3.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64*. kpt: 8 Dokumentasjonsplikt. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#map008>. Lastet ned: 05.03.2013.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red), *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. (s.14-76). Oslo: Gyldendal. Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademiske Forlag.
- Sjøen, R.J., & Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D-G., Almås, H., & Kondrup, J. (2010). Ernæring ved sykdom. I: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R (Red), *Klinisk sykepleie 1*. 4.utgave. (s.477-504). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1 – Presentasjon av funn

I tabellen under får du en oversikt over forskningen vi har brukt i vår oppgave.

Tittel, forfatter og år, database og tidsskrift	Hensikt og metode	Konklusjon	Styrker og svakheter
<p>Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.</p> <p>Av: Aagard, H (2010).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i sykepleien forskning.</p>	<p>Å undersøke hvordan lederne på sykehjem vurderer maten som serveres, hvor mange måltider som serveres og tidspunktene for disse. Studien ønsker å beskrive hvordan ernæringsarbeidet i sykehjem kan kvalitetssikres.</p> <p>Kvantitativ metode. Spørreskjema med faste svaralternativ ble tilsendt alle sykehjemmene som var registrert i Norge i 2007.</p>	<p>Forsøkspersonene var i stor grad fornøyd med maten som ble servert, men det burde vært et bedre tilbud om frukt. Det var lang tid mellom kveldsmat og frokost, og nattfasten bør derfor reduseres. Man har bruk for nasjonale retningslinjer i arbeidet for å kunne bedømme pasientenes ernæringsstatus.</p>	<p>En mulig svakhet med studien er at det er lederne på sykehjemmene som bedømmer matsituasjonen, noe som kan ha påvirket resultatet. Styrker ved forskningen er at forsøkspersonene er anonyme, og at den er utført på et stort antall sykehjem.</p>
<p>Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem- en pilotstudie.</p> <p>Av: Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L., & Berglund, A-L. (2009).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i databasen Vård i Norden.</p>	<p>Å kartlegge om eldres ernæringsbehov blir dekt og om det er behov for mat og drikke mellom siste kveldsmåltid og frokost. En ønsker også å undersøke om eldre var tilfredsstilte med tidspunktene maten serveres på, og å kartlegge personalets ansvarlighet, holdninger og bevissthet om eldres ernæringsbehov.</p> <p>Kvantitativ metode. Undersøkelsen bestod av spørreskjemaer, kostregistrering og beregning av matinntak.</p>	<p>Kostregistrering og beregning av matinntak kan være et godt verktøy når man skal planlegge måltider til eldre i sykehjem, og for å bevisstgjøre personalet rundt næringsstoffer.</p> <p>Pasientene var fornøyd med mattilbudet, men næringsinntaket var ikke tilfredsstilt.</p>	<p>Studien er utført på et sykehjem, og på et begrenset antall eldre. Om forskningen hadde vært gjort på et større antall kunne resultatet vært et helt annet.</p> <p>Det kan ha oppstått feil og manglende registrering av matinntak, og det er fare for at personalet kan ha påvirket pasientene når de har besvart undersøkelsen.</p> <p>En fordel er at studiet har vært utført over tre perioder, og hver av disse med tre dagers varighet.</p>
<p>Evaluation of the Norwegian version of the mini nutritional assessment among older nursing home patients.</p> <p>Fossum, M., Terjesen, S., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2009).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i databasen Vård i Norden.</p>	<p>Å oversette MNA til norsk, og undersøke om den norske versjonen er pålitelig og gyldig til bruk på eldre sykehjemspasienter.</p> <p>Kvantitativ metode hvor den norske versjonen av MNA ble testet ut på 26 sykehjemspasienter.</p>	<p>Den norske versjonen er pålitelig og gyldig til bruk på eldre sykehjemspasienter.</p>	<p>Studien ble utført på bare 26 sykehjemspasienter, og det er derfor behov for bredere testing av verktøyet for å vurdere om det er like pålitelig i andre situasjoner, for eksempel på sykehus.</p>
<p>Pleiepersonalets viden og holdning om ernæring til eldre pleiehjemsbeboere- en spørreskemaundersøkelse .</p>	<p>Å undersøke pleiepersonalets kunnskaper og holdning til ernæring hos sykehjemsbeboere. Å få innblikk i om pleiepersonalet bruker screening i arbeidet, og deres kunnskap om eldres energibehov. En ønsker videre å</p>	<p>Pleiepersonalet trenger bedre utdanning og ernæringsarbeid bør prioriteres mer i arbeidet. Det er behov for bedre kommunikasjon og samarbeid mellom</p>	<p>Undersøkelsen viser bare kunnskapen og holdningene til 136 personer, og det er derfor ikke et stort nok antall for å si at det er slik hos de fleste. En styrke er at undersøkelsen er gjort på 15 tilfeldige sykehjem.</p>

<p>Munch, C., Pedersen, P., Færgman, K., & Thulstrup, A.M. (2006).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i databasen Proquest.</p>	<p>undersøke om personalet er oppdatert på ny kunnskap om ernæring.</p> <p>Forskningspersonene benyttet seg av kvantitativ metode og utførte en tversnittundersøkelse.</p>	<p>pleiepersonalet og avdelingskokken.</p> <p>Undersøkelsen viser at det er behov for standard prosedyrer for ernæringsarbeidet.</p>	
<p><i>Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home- health effects of a formulated food and meal policy.</i></p> <p>Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P,U., & Hundrup, Y.A. (2008).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i databasen CINAHL.</p> <p>Publisert i tidsskriftet Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Å få informasjon om effekten av skriftlig mat og måltidspolitik på institusjon. Videre vurdere i hvilken grad systematisk ernæringsvurdering og intervensjon kan gi vektstabilitet hos sykehjemsbeboere.</p> <p>Det ble benyttet en kvasi-eksperimentell studie på 20 beboere som bodde på sykehjemmet ved studiestart. 5 døde i løpet av studieperioden.</p>	<p>Viser effekten og viktigheten av ernæringsvurdering kombinert med individuell pleie og planlegging.</p> <p>Andelen av vektstabile beboere økte fra hele 52,6 % til 87,7 % ved slutten av studieperioden.</p>	<p>Studien ble utført på et lavt antall sykehjemsbeboere, og det er derfor vanskelig å fastslå om resultatet fra forskningen ville vært lik om det hadde vært et større utvalg. En styrke er at studien ble gjennomført over flere måneder, og at registreringen ble gjort over fem perioder.</p>
<p><i>The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the Alzheimers type</i></p> <p>Thomas, D,W., & Smith, M. (2008).</p> <p>Vitenskapelig artikkel i databasen CINAHL.</p> <p>Publisert i tidsskriftet Activities, Adaptation & Aging.</p>	<p>Å undersøke om musikk kan være et effektivt tiltak for å redusere uro blant pasienter med kognitivsvikt, og på denne måten resultere i økt kaloriinntak.</p> <p>Kvantitativ forskning som er utført på 12 sykehjemsbeboere med diagnosen demens.</p>	<p>Forskningen viser effekten av å spille kjent musikk under måltidene.</p> <p>Pasientene hadde 20 % økt kaloriinntak i de periodene det ble spilt bakgrunnsmusikk.</p> <p>Forskningen viser at det økte kaloriinntaket i stor grad skyldtes høyere inntak av karbohydrater, noe som kan skyldes at pasientene tilbrakte lengre tid ved matbordet.</p>	<p>Forskningen er utført på et lite antall pasienter, og man kan derfor ikke fastslå at effekten er lik hos flesteparten av pasientene med Alzheimers sykdom. En annen svakhet med studien er at det ikke er noen kontrollgruppe underveis i forskningen noe som kan ha påvirket resultatet.</p>
<p><i>Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the mini nutritional assesement (MNA) - An evidence based screening tool.</i></p> <p>Skates, J,J., & Anthony, P,S. (2012).</p> <p>Fagartikkel i databasen Pubmed.</p> <p>Publisert i tidsskriftet</p>	<p>Fagartikkelen ønsker å gi en kort oversikt over forekomsten av utilstrekkelig matinntak og protein kalori feilernæring hos eldre på sykehjem, og belyse hvordan MNA kan brukes for å oppdage dette.</p>	<p>Tar for seg viktigheten av å oppdage underernæring og protein kalori feilernæring hos eldre på sykehjem. Forteller om ulike screeningsverktøy.</p>	<p>Den ene av forfatterne er konsulent og den andre er ansatt i Nestlé health sciences. Nestlé health sciences tilbyr ernæringsmessige løsninger for personer med spesielle kostbehov knyttet til sykdom eller andre utfordringer for eksempel alderdom. De tar sikte på å utvikle ny kunnskap om ernæring som forebygging og behandling (Nestlé Health Science, 2013). Ut i fra informasjonen vi har anser vi artikkelen som pålitelig.</p>

Journal of Gerontological Nursing.			
<p><i>The effectiveness of interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia: A systematic review.</i></p> <p>Jackson, J., Currie, K., Graham, C., & Robb, Y. (2011).</p>	<p>Ønsker å få frem hvordan man best mulig kan fremme spising hos eldre voksne med demens, slik at underernæring kan unngås. Kriterier for forskningen var at deltakerne måtte være over 60 år og innenfor en pleiesituasjon.</p> <p>Artikkelen er laget ut i fra systematiske litteratursøk.</p>	<p>Litteratursøket konkluderer med at det er viktig at personalet har utdanning og at pasientene får hjelp i matsituasjonen ved behov. Det kan være nødvendig med miljømessige forandringer som for eksempel endret spiserom og bruk av kontrastfarger.</p>	<p>Artikkelen tar utgangspunkt i 11 forskjellige typer studier, og alle studiene er nøye gjennomgått. Studiene som artikkelen tar utgangspunkt i er vurderer til å være pålitelige. Det er en styrke.</p>
<p><i>ESPEN – guidelines for nutrition screening 2002.</i></p> <p>Kondrup, J., Allison, S.P., Vellas, B., & Plauth, M. (2003).</p> <p>Publisert i tidsskriftet Clinical Nutrition.</p>	<p>Målet er å gi retningslinjer for ernæringsscreening basert på tidligere publisert og validert kunnskap og forskning.</p>		<p>En svakhet med retningslinjene er at de er basert på bevis som var tilgjengelig allerede i 2002. Med det mener vi at det kan være endringer i dag som har betydning for retningslinjenes pålitelighet og anvendbarhet.</p>

VEDLEGG 2 – Diagnostisering av demenssykdom

Det mest vanlige brukte systemet for å diagnostisere demenssykdom er International Classification of Diseases (ICD-10). ICD-10 inneholder en rekke kriterier som må være tilstede for å kunne diagnostisere sykdommen demens (Berentsen, 2008).

Under kan du se disse kriteriene:

Diagnostiske kriterier for demens (ICD-10)

1: Svekket hukommelse, især for nyere data.

Svikt av andre kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging, tenkning, evne til abstraksjon.

- Mild grad: svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet.
- Moderat grad: personen kan ikke klare seg uten hjelp fra andre.
- Alvorlig grad: personen trenger kontinuerlig tilsyn og pleie

2: Personen har klar bevissthet

3: Personen har sviktende emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial adferd, og har minst ett av følgende symptomer:

- emosjonelle svingninger
- Irritabilitet
- Apati
- Unyansert sosial adferd

4: Symptomene må ha vart i 6 måneder eller mer.